



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima sessão

Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7 da ordem do dia provisória

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

Parágrafos

ABERTURA DA REUNIÃO	1 - 14
ESTRATÉGIA PARA ABORDAR OS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/PSC/3).....	15 - 24
REDUÇÃO DO USO NOCIVO DO ÁLCOOL: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/PSC/4).....	25 - 32
SOLUÇÕES DE CIBERSAÚDE NA REGIÃO AFRICANA: CONTEXTO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/5).....	33 - 41
CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E RUMO A SEGUIR (documento AFR/RC60/PSC/6).....	42 - 48
REFORÇO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: MELHORAR A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A NÍVEL DISTRITAL E APROPRIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO POR PARTE DAS COMUNIDADES (documento AFR/RC60/PSC/7).....	49 - 56
DREPANOCITOSE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/PSC/8).....	57 - 64.
EPIDEMIAS RECORRENTES NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, PREPARAÇÃO E RESPOSTA (documento AFR/RC60/PSC/9).....	65 - 75
TUBERCULOSE MULTIRESSISTENTE E ULTRARRESISTENTE NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/10).....	76 - 84
PREPARAÇÃO E RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/11).....	85 - 93

CRISE FINANCEIRA MUNDIAL: IMPLICAÇÕES PARA O SECTOR DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/PSC/12).....94 - 100

DOCUMENTO-QUADRO DO FUNDO AFRICANO PARA AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA (documento AFR/RC60/PSC/13)101 - 110

ESTADO ACTUAL DA VACINAÇÃO DE ROTINA E ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA, PROBLEMAS, DESAFIOS E ACÇÕES PROPOSTAS (documento AFR/RC60/PSC/14).....111 - 121

SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL: PROPOSTA DE ORDEM DO DIA PROVISÓRIA (documento AFR/RC60/1).....122

ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes.....	31
2. Agenda.....	33
3. Programa de trabalho.....	34

ABERTURA DA REUNIÃO

1. O Subcomité do Programa (SCP) reuniu-se em Brazzaville, na República do Congo, entre 8 e 11 de Junho de 2010.
2. O Director Regional, Dr Luis Gomes Sambo, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa e a um membro do Conselho Executivo da Região Africana.
3. O Director Regional observou que a reunião do SCP se realiza numa altura em que o Secretário-Geral das Nações Unidas planeia uma reunião no segundo semestre deste ano, para se fazer um inventário dos progressos realizados no sentido da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Lembrou que a quinquagésima nona sessão do Comité Regional discutiu os progressos feitos pelos Estados-Membros e que os países continuam a recolher e analisar dados, com a finalidade de contribuírem para uma inventariação realista e para tomarem decisões sobre a aceleração dos progressos que estão em curso para a consecução dos ODM.
4. O Director reiterou o empenho da Região Africana da OMS na consecução de todos os ODM, em especial o Objectivo 4 (mortalidade infantil), o Objectivo 5 (mortalidade materna) e o Objectivo 6 (VIH/SIDA, Tuberculose e paludismo). Observou que alguns progressos foram feitos no domínio da mortalidade infantil e VIH/SIDA, mas que, relativamente à mortalidade materna e à TB, se verifica uma estagnação. É preciso encontrar novas formas tendentes a melhorar a situação.
5. O Director Regional reconheceu o envolvimento sustentado da comunidade internacional no reforço dos sistemas de saúde e na necessidade de melhorar a prestação dos serviços distritais de saúde, assim como a apropriação e participação por parte das comunidades, em conformidade com a Declaração de Ouagadougou. Realçou igualmente a necessidade de fornecer recursos adicionais e de trabalhar com as instituições de saúde e de investigação, a fim de melhor preparar e dar resposta às epidemias recorrentes e novas na Região.
6. O Dr. Sambo lembrou aos membros do SCP o seu papel na preparação das deliberações do Comité Regional, analisando as políticas, estratégias e programas de saúde propostos pelo Secretariado, para que os Estados-Membros possam receber orientações. Declarou estar convicto de que os peritos seleccionados pelos países e membros do SCP participariam activamente nessas deliberações, a fim de assegurar que os relatórios técnicos abordarão os problemas relevantes de saúde e responderão as expectativas das populações e governos da Região.
7. O Director Regional referiu que na reunião serão discutidos, entre outros, tópicos importantes como os determinantes sociais da saúde, uso nocivo do álcool, reforço dos sistemas de saúde, drepanocitose, epidemias recorrentes, tuberculose multirresistente e ultrarresistente, a crise financeira mundial e vacinação de rotina e a erradicação da poliomielite na Região Africana.
8. Lembrou a decisão da 59.^a sessão do Comité Regional quanto à criação do Fundo Africano para a Saúde Pública. Afirmou que este Fundo permitirá à Região de se preparar e responder melhor a epidemias e desastres, apelando aos membros do Subcomité do Programa para que garantam a adopção dos procedimentos mais adequados para o Fundo.

9. Concluindo a alocução de abertura, o Director Regional sublinhou que, embora as actividades do Subcomité do Programa se desenvolvam em torno de documentos, em escritórios e salas de reuniões, o seu objectivo final é de melhorar o estado de saúde das populações, a qualidade de vida e prevenir mortes prematuras. Referiu que o Secretariado se encarregará de fazer com que os trabalhos do Subcomité do Programa decorram num ambiente favorável.

10. Após a apresentação dos membros do Subcomité do Programa e do Secretariado do Escritório Regional, a mesa foi constituída do seguinte modo:

Presidente: Dr. Frank Nyonator, do Gana
Vice-Presidente: Prof. Mapatano Mala Ali, da República Democrática do Congo
Relatores: Dr. Storn Kabuluzi, do Malawi (Inglês)
Prof. Mamadou Diouldé Baldé, da Guiné (Francês)
Dr. Mouzinho Saíde, de Moçambique (Português)

11. A lista dos participantes encontra-se no Anexo 1.

12. O Presidente agradeceu aos membros do SCP a confiança nele depositada e apelou à participação activa de todos os membros e a uma gestão eficiente do tempo, para que os trabalhos da reunião sejam completados.

13. Foram discutidos e adoptados sem emendas a proposta de ordem do dia (Anexo 2) e o programa de trabalho (Anexo 3). Foi acordado o seguinte horário de trabalho:

8h30 – 12h00, incluindo um intervalo de 30 minutos para a pausa chá/café
12h00m – 13h30, intervalo para o almoço
13h30 – 18h30, incluindo um intervalo de 30 minutos para a pausa chá/café

14. Algumas informações de ordem administrativa e de segurança foram prestadas aos membros do SCP.

ESTRATÉGIA PARA ABORDAR OS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/PSC/3)

15. O documento nota que, para além dos processos biológicos, a saúde é influenciada pelas condições socioeconómicas nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e pelos sistemas criados para tratar as doenças. Estas condições são habitualmente designadas por “determinantes sociais da saúde”, e incluem os rendimentos, a riqueza e a sua distribuição, cuidados na primeira infância, educação, condições de trabalho, estabilidade no emprego, segurança alimentar, género e as condições de habitação, incluindo o acesso a água segura e ao saneamento básico, e redes de segurança social. Por sua vez, estas condições são influenciadas pela governação e pelas forças socioeconómicas. Para diferentes grupos sociais, é o acesso desigual a estas condições socioeconómicas que dá origem a resultados desiguais na saúde.

16. O documento indica que a Região Africana ficou para trás em relação às demais regiões da OMS, no global da realização dos seus objectivos de saúde. Muitos países não poderão, a este ritmo, atingir os ODM. A Região enfrentou enormes desafios, nomeadamente a pobreza, a insuficiência alimentar, o VIH/SIDA, a destruição/degradação ambiental, e um aumento do desemprego. As

melhorias no domínio da sobrevivência infantil não estão a traduzir-se num aumento da esperança de vida, em virtude das conquistas alcançadas terem sido reduzidas pelo VIH/SIDA. Existiram desigualdades generalizadas, dentro e entre os países, em diversos indicadores de resultados na saúde, tais como: mortalidade infantil e do recém-nascido, mortalidade materna, raquitismo infantil e até mesmo no que respeita ao acesso aos serviços de saúde. Existiram, frequentemente, diferenças gritantes entre os ricos e os pobres, e o fosso entre estes continuou a aumentar em alguns países.

17. A estratégia tem por objectivo auxiliar os Estados-Membros a dinamizar acções para reduzir as iniquidades na saúde, através de políticas e planos intersectoriais, por forma a abordar eficazmente os principais determinantes da saúde, em linha com as recomendações abrangentes da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. As intervenções mais ou menos específicas ao sector da saúde incluem o reforço do papel de administração e de liderança do ministério da saúde; criação de capacidades para a formulação de políticas, liderança e advocacia, para abordar os determinantes sociais da saúde; advogar a existência de legislação e regulamentação que garanta um elevado nível de protecção para a população em geral; criação de sistemas de saúde baseados em cuidados universais e de qualidade; e melhoria da equidade no financiamento da saúde e na afectação de recursos.

18. As intervenções em sectores externos à saúde, incluindo intervenções transectoriais, foram as seguintes: garantir a protecção social ao longo de toda a vida; desenvolver e/ou promover ambientes e pessoas saudáveis, incluindo a abordagem de problemas como as alterações climáticas e a degradação ambiental; assegurar a equidade em todas as políticas de saúde; avaliar e atenuar os efeitos adversos do comércio internacional e da globalização; melhorar a boa governação para a saúde e a equidade na saúde; investir no desenvolvimento da primeira infância; integrar a promoção da saúde; integrar e a promover a igualdade do género; fazer face aos problemas da exclusão social e da discriminação; melhorar a capacitação política de todos os grupos da sociedade, através da representação equitativa na tomada de decisões; proteger e/ou a melhorar os determinantes sociais da saúde em situações de conflito; e estabelecer a investigação, formação e monitorização de rotina.

19. Os membros do Subcomité do Programa elogiaram o documento, felicitando o Secretariado pela sua pertinência, e apelaram à sua implementação. Salientaram a necessidade de se focalizar na “apropriação pelos países” e na “participação de todas as partes interessadas” enquanto princípios orientadores. Realçaram a necessidade de se incluir, na análise da situação, os progressos realizados na Região em termos de redução da pobreza, e incluir as doenças mentais no grupo das doenças prioritárias de saúde pública.

20. O Subcomité do Programa observou que é necessária a cooperação entre os ministérios da saúde e as instituições de formação e investigação, de modo a documentar a situação e monitorizar regularmente os determinantes da saúde. Para além disso, a criação de um grupo nacional de acção sobre os determinantes socioeconómicos da saúde deverá ser considerada a curto prazo. A melhoria da boa governação, no âmbito do contexto nacional, foi identificada como sendo uma componente essencial para promover a colaboração intersectorial. Foi ainda dada ênfase à necessidade de se criarem capacidades para abordar os determinantes sociais da saúde no contexto dos cuidados de saúde primários.

21. Os membros do Subcomité do Programa sugeriram que a intervenção sobre emprego justo e condições decentes de trabalho incluam também a segurança e a saúde ocupacional. No que respeita à intervenção relativa ao desenvolvimento da primeira infância, dever-se-á solicitar aos países que garantam a existência de um ensino primário e secundário de qualidade.

22. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e formulação do documento.

23. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões feitas pelos membros do Subcomité do Programa e frisou a importância da acção intersectorial e dos desafios associados à sua implementação, que remontam à data da Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários.

24. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC60/PSC/WP/1) sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

REDUÇÃO DO USO NOCIVO DO ÁLCOOL: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/PSC/4)

25. O documento assinala que, embora o álcool constitua uma importante fonte de rendimento e o seu consumo faça parte de práticas e normas sócio-culturais em muitos países da Região, os custos sociais e para a saúde relacionados com o álcool não podem ser ignorados. Os problemas de saúde pública relacionados com o consumo de álcool são substanciais e têm um impacto adverso significativo, tanto no consumidor como na sociedade. Na Região Africana, o fardo de doenças atribuíveis ao álcool está a aumentar, calculando-se que o total de óbitos atribuíveis ao uso nocivo do álcool tenha sido de 2,1% no ano 2000, 2,2% em 2002 e 2,4% em 2004.

26. O documento observa que nenhum outro produto disponível de forma generalizada ao consumidor é tão responsável por mortes prematuras e incapacidades como o álcool. A intoxicação e os efeitos crónicos do consumo de álcool podem resultar em danos permanentes para a saúde, complicações neuropsiquiátricas e outras, com consequências a curto e longo prazo, problemas sociais e traumatismos ou mesmo a morte. Há cada vez mais dados a associar o consumo de álcool a comportamentos sexuais de alto risco e a doenças infecciosas, como a tuberculose e o VIH.

27. O documento indica que, em muitos países, o público está pouco alertado para os danos específicos do álcool, existem poucas políticas adequadas e há falta de coordenação com os sectores relevantes, continuam a não existir sistemas regulares e sistemáticos de vigilância do álcool; e que é frequente os problemas do álcool não serem reconhecidos ou tenderem a ser minimizados ou a não ser abordados devidamente.

28. A finalidade da estratégia é a de contribuir para a prevenção ou, pelo menos, a redução do uso nocivo do álcool e dos problemas com ele relacionados na Região Africana. As intervenções prioritárias incluem: formular e implementar políticas de controlo do álcool; reforçar a liderança, coordenação e mobilização dos parceiros; reforçar a consciencialização e a acção comunitária; educação do público baseada na informação; melhorar a resposta do sector da saúde; reforçar os sistemas de informação estratégica, vigilância e investigação; aplicar a legislação sobre condução sob

o efeito do álcool e medidas preventivas; regulamentar o mercado do álcool, abordando as vertentes do acesso, da disponibilidade e da acessibilidade do preço; combater a produção ilegal e informal de álcool; e aumentar a mobilização e afectação de recursos.

29. Os membros do Subcomité do Programa felicitaram o Secretariado pela apresentação deste documento de estratégia, tendo em consideração a magnitude das consequências que o uso nocivo do álcool representa para a sociedade e para a saúde na Região. Sublinharam a necessidade de reforçar a justificação do documento e recomendaram que os efeitos da globalização e do comércio livre fossem incluídos como uma das justificações do documento. Foi reconhecida a necessidade de uma abordagem integrada ao abuso de substâncias psicoactivas, salientando-se, igualmente, as dificuldades experimentadas na implementação de algumas das intervenções prioritárias. Os membros do Subcomité do Programa sugeriram que se deveria chegar a um consenso sobre as abordagens e medidas a adoptar na implementação das intervenções e recomendaram que se divulgassem dados mais recentes, se criasse um processo de acompanhamento para avaliar a eficácia da implementação da estratégia nos países e que as recomendações propostas fossem mais assertivas.

30. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento.

31. Em resposta, o Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pela contribuição prestada. O Director Regional propôs que se adoptassem as seguintes acções: 1) elaborar um Plano de Acção Regional para a implementação da estratégia, tendo em consideração a Estratégia Mundial sobre o uso nocivo do álcool, adoptada pela sexagésima terceira Assembleia Mundial da Saúde; 2) organizar uma consulta regional que envolva abertamente os representantes da indústria do álcool, comércio, agricultura e outros sectores relevantes sobre a limitação do impacto do álcool na saúde; 3) melhorar os dados e as evidências para a tomada de decisões; 4) advogar pelo aumento de recursos; 5) investir no sector da saúde, para melhorar as capacidades humanas e institucionais na abordagem dos problemas relacionados com o uso nocivo do álcool.

32. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado e preparou um projecto de resolução (AFR/RC60/PSC/WP/2) sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

SOLUÇÕES DE CIBERSAÚDE NA REGIÃO AFRICANA: CONTEXTO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/5)

33. O documento define ciber saúde como o uso seguro e de boa relação custo-eficácia das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) para a saúde e áreas relacionadas. Refere ainda que a ciber saúde pode contribuir para reforçar os sistemas de saúde, ao melhorar a disponibilidade, qualidade e uso da informação e de dados factuais, através do reforço dos sistemas de informação; promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde e melhorar o seu desempenho, eliminando as barreiras da distância e do tempo, através da telemedicina e da educação médica contínua; melhorar o acesso à informação e a conhecimentos existentes sobre saúde, ao nível mundial e local; e promover mudanças no estilo de vida, para prevenir e controlar as doenças comuns.

34. De entre os principais desafios que os países têm de enfrentar, contam-se a “divisão digital” ou a inadequação das infra-estruturas e serviços de TIC, assim como as capacidades e competências limitadas para as usar; os elevados custos do desenvolvimento e manutenção de uma infra-estrutura de TIC adequada; a fraca sensibilização para a ciber saúde; a ausência de um ambiente político favorável; a fraca liderança e coordenação; a inadequada capacidade humana para planear e aplicar as soluções da ciber saúde; a fragilidade das infra-estruturas e serviços de TIC dentro do sector da saúde; a inadequação dos recursos financeiros, e a fraqueza dos sistemas de monitorização e de avaliação.

35. As acções propostas incluem a promoção do empenho político nacional e a sensibilização para a ciber saúde; o desenvolvimento de um ambiente político favorável; o reforço da liderança e da coordenação; a criação de infra-estruturas e de serviços para a ciber saúde, incluindo ligações via internet para as instituições de saúde; a criação de sítios na Web para os ministérios da saúde e de redes de área local, e o fornecimento de equipamento para processamento de dados; o desenvolvimento de capacidades humanas para a ciber saúde; a mobilização de recursos financeiros para a ciber saúde; e a monitorização e avaliação da implementação de Planos/Quadros Nacionais para a ciber saúde.

36. Os membros do Subcomité do Programa salientaram a relevância do tópico, manifestando a sua preocupação pelo facto de, apesar da disponibilidade de tecnologias apropriadas, os governos serem incapazes de intensificar a sua utilização de modo a reforçar os sistemas de saúde. Reiteraram ainda a necessidade de uma liderança de topo no sector da saúde, para conduzir, por exemplo, à aquisição de competências de utilização das tecnologias relevantes, ajudando, assim, a formar as capacidades humanas necessárias. Os membros do Subcomité do Programa reconheceram a necessidade de se utilizar abordagens de ciber saúde como forma de reforçar o desenvolvimento profissional do seu pessoal de saúde.

37. Foi salientada a necessidade de reforçar a sensibilização e de afectar recursos à ciber saúde. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam que os países se têm de organizar para resistir às pressões do mercado e adoptar soluções que possam resolver os seus problemas. Por outro lado reconheceram que medidas devem ser tomadas para criar uma massa crítica de peritos que possam servir de modelos e pressionar os grupos no sentido de adoptarem a ciber saúde, reforçando, assim, os sistemas nacionais de saúde. Os países foram convidados a tirar vantagens das ligações e sinergias entre a ciber saúde e os programas de gestão das tecnologias dos cuidados de saúde. Foi também sublinhada a necessidade de contemplar as questões éticas referentes à ciber saúde.

38. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento.

39. O Secretariado esclareceu o papel do Secretariado da OMS para defender e apoiar os Estados-Membros na adopção e implementação das políticas e estratégias de ciber saúde. O Director Regional referiu que, embora o uso das TIC na área da saúde fosse relativamente recente, os Estados-Membros tinham de saber aproveitar as tecnologias existentes. Informou a reunião sobre as actuais iniciativas relativas às TIC que o Secretariado estava a implementar. Estas incluem o arranque do Sistema de Gestão Mundial da OMS, a criação do Centro Estratégico de Operações para a Saúde e do Observatório Africano da Saúde.

40. O Director Regional assinalou que tanto o Secretariado da OMS como os Estados-Membros teriam de agir com mais vigor na esfera da ciber saúde. Relembrou que a Resolução WHA 58.28 da Assembleia Mundial da Saúde, sobre ciber saúde, e a Resolução AFR/RC56/R8 do Comité Regional, sobre Gestão do Conhecimento, representavam um esforço para galvanizar a acção a nível de cada país. A finalidade deste documento era de continuar a sensibilizar e encorajar os Estados-Membros a elaborarem políticas e estratégias que contemplem os seus contextos e necessidades nacionais específicos e que respeitem os padrões internacionais. Apelou à OMS e aos Estados-Membros para que invistam mais nos recursos humanos e nas instituições necessárias à adopção das soluções da ciber saúde.

41. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC609/PSC/WP/3 sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA REGIÃO ÁFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/6)

42. O documento salienta que o cancro do colo do útero é a segunda forma mais comum de cancro nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 500 000 novos casos diagnosticados em 2002, dos quais 90% nos países em desenvolvimento. É uma das principais causas de mortalidade e morbilidade nas mulheres, em meios de poucos recursos, especialmente em África. O maior factor de risco do cancro do colo do útero é a infecção pelo Vírus de Papiloma Humano (VPH), que surge frequentemente nas adolescentes em África. Mais de 80% dos cancros na África Subsariana são detectados em fases avançadas da doença, devido, sobretudo, à falta de informação, o que resulta numa elevada mortalidade, mesmo após o tratamento.

43. O documento refere que, embora o cancro do colo do útero seja potencialmente evitável e que os programas eficazes de rastreio possam conduzir a uma significativa redução da morbilidade e mortalidade, os sistemas de saúde na Região Africana não estão adequadamente preparados para fazer face a esta doença. Têm-se desenvolvido alguns esforços organizados em meios de poucos recursos para garantir que as mulheres com mais de 30 anos de idade efectuem o rastreio. Consequentemente, as mulheres com cancro do colo do útero não são identificadas até um estágio já avançado da doença. Para além disso, as modalidades de tratamento são, na generalidade, inexistentes ou demasiado dispendiosas e inacessíveis a muitas mulheres.

44. As acções propostas para promover a prevenção e o controlo do cancro do colo do útero incluem: a formulação e a implementação de políticas e programas; o reforço dos sistemas de vigilância; a mobilização e a afectação dos fundos adequados; o reforço das parceiras; a adopção da colaboração intersectorial; e o incremento da participação da sociedade civil. Para além disso, os países deverão melhorar a eficácia dos serviços de saúde na área do cancro do colo do útero, prestando serviços de vacinação contra o VPH; concepção de modelos de prestação centrados nas pessoas; melhoria do rastreio e do diagnóstico precoce, incluindo o exame visual do colo uterino e serviços de cuidados curativos a todos os níveis; criação de bons sistemas de referência de doentes; elaboração de um plano de recursos humanos sustentado; e incremento da capacidade de formação das instituições de saúde para reforçar a formação de prestadores de cuidados de saúde relevantes.

45. Os membros do Subcomité do Programa saudaram o documento e observaram que as acções propostas são integrais e abrangem as três componentes da prevenção, tanto o nível primário, secundário como terciário. Sublinharam a necessidade de se integrar o controlo do cancro do colo do útero numa política nacional mais ampla, para combater todos os tipos de cancros nas mulheres. Foram suscitadas preocupações a respeito dos elevados custos e das questões de ordem ética relacionados com a introdução e alargamento da vacina contra o VPH nos países.

46. Relativamente às acções propostas, sugeriu-se que a prática de sexo seguro, incluindo o uso de preservativo, seja incluída como um dos factores relativos à melhoria do padrão de vida, enquanto forma de prevenção primária, contribuindo para a redução das Infecções de Transmissão Sexual. O exame visual foi reconhecido como uma abordagem eficaz e de baixo custo e foi ainda dado relevo à necessidade de se melhorar as capacidades para o rastreio.

47. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e formulação do documento, que o Secretariado concordou em incorporar no mesmo.

48. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

REFORÇO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: MELHORAR A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS A NÍVEL DISTRITAL E A APROPRIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO POR PARTE DAS COMUNIDADES (documento AFR/RC60/PSC/7)

49. O documento lembrou que a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, a Declaração de Adis Abeba sobre Saúde Comunitária, o Relatório da Saúde no Mundo de 2008 sobre Cuidados de Saúde Primários e outros documentos correlacionados definem os princípios e as abordagens ao reforço dos sistemas de saúde, destacando o papel das comunidades e dos parceiros no desenvolvimento sanitário. As comunidades são grupos sociais de dimensão variável, cujos membros residem numa localidade específica, partilhando um governo e tendo, muitas vezes, uma herança cultural e histórica comum.

50. A Região Africana conheceu progressos quanto à promoção e ao reforço da participação comunitária no desenvolvimento sanitário. No entanto, a interface entre as comunidades e o sistema formal de prestação de cuidados de saúde ainda é débil. Houve ainda dificuldades relativas: à fraca capacidade das equipas de gestão distrital e às limitações da cobertura das intervenções essenciais de saúde; à abrangência inadequada dos serviços de saúde; à coordenação insuficiente dos cuidados continuados; ao insuficiente reforço da produção de profissionais de saúde e à insuficiência de incentivos para recrutar, reter, desenvolver e colocar adequada e equitativamente o pessoal, para compensar o impacto da crise dos HRH; à ausência de institucionalização de sistemas robustos de pré-pagamento; à gestão ineficaz de sistemas de compra; e à ausência de um ambiente favorável ao nível comunitário.

51. As acções propostas incluem: o reforço da liderança das equipas distritais de gestão da saúde; a implementação de um pacote abrangente de serviços de saúde essenciais; a melhoria da organização e gestão da prestação de serviços de saúde; a institucionalização do conceito de cuidados primários como centro da coordenação; a melhoria da adequação dos HRH e a introdução de uma abordagem de equipa na avaliação do desempenho; a criação de mecanismos de pré-pagamento, como o seguro

social de saúde e o financiamento dos cuidados de saúde a partir de impostos; o reforço dos processos de compra, abastecimento e distribuição; o esclarecimento da responsabilidade do distrito na consecução dos objectivos nacionais, internacionais e de desenvolvimento do milénio; e a capacitação das comunidades para tomarem as medidas adequadas à promoção da sua própria saúde.

52. Os membros of the Subcomité do Programa felicitaram o Secretariado pela relevância e qualidade técnica do documento, tendo, contudo, expressado a necessidade de nele incluir a definição de distrito sanitário e de dar maior ênfase à colaboração e às parcerias intersectoriais. Expressaram, igualmente, a necessidade de um parágrafo separado sobre descentralização, realçando o papel das autoridades e estruturas dos governos locais, da sociedade civil, do sector privado e de outros interessados , em particular a nível das comunidades.

53. Reconhecendo a importância dos recursos humanos a nível de distrito, os membros of the Subcomité do Programa recomendaram que se prestasse maior atenção à instituição de incentivos e à retenção dos profissionais de saúde, especialmente nas zonas rurais. Solicitaram à OMS que fornecesse aos países normas actualizadas sobre os recursos humanos para a saúde e orientações técnicas para a avaliação dos progressos realizados na consecução dos ODM relativos à saúde, a nível distrital.

54. O Subcomité do Programa solicitou ao Secretariado que considerasse, numa secção apropriada do documento, a inclusão do reforço das infraestruturas, dos sistemas de informação sanitária e e da investigação operacional a nível de distrito. Apresentaram igualmente recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento, que o Secretariado se comprometeu a incluir na versão final.

55. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa o seu contributo substantivo para a melhoria do documento, esclarecendo que a finalidade do documento era reflectir sobre duas das nove áreas prioritárias da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África (prestação de serviços e participação comunitária) e que as restantes prioridades seriam discutidas em futuras sessões do Comité Regional. O Secretariado garantiu aos membros do Subcomité do Programa que o conceito de “distrito sanitário”, assim como as normas, incentivos e retenção de recursos humanos, descentralização e infraestruturas físicas seriam explicitados no documento.

56. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

DREPANOCITOSE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS

(documento AFR/RC60/PSC/8)

57. O documento afirma que a drepanocitose (SCD) é uma anomalia hereditária da hemoglobina e é a doença genética mais prevalente na Região Africana da OMS. Em muitos países, 10%–40% da população possui o gene das células falciformes, o que resulta numa prevalência estimada da drepanocitose de, pelo menos, 2%. Os óbitos por complicações da drepanocitose ocorrem, sobretudo, em crianças com menos de cinco anos, adolescentes e mulheres grávidas.

58. O fardo da drepanocitose na Região Africana está a agravar-se com o aumento demográfico. Tal situação acarreta importantes implicações socioeconómicas e de saúde pública. Apesar do recente interesse de alto nível pela drepanocitose, incluindo o empenho de algumas das Primeiras Damas Africanas e a aprovação de uma resolução das Nações Unidas, reconhecendo a drepanocitose como um problema de saúde pública, o investimento na prevenção e tratamento da drepanocitose, através do uso de medidas primárias eficazes de prevenção e de prestação de cuidados de saúde abrangentes, continua insuficiente.

59. A finalidade desta estratégia é contribuir para a redução da incidência, morbidade e mortalidade devidas à drepanocitose da Região Africana. As intervenções propostas incluem a implementação de acções eficazes de advocacia para aumentar a sensibilização e a mobilização de recursos; incentivos às parcerias; reforço dos programas nacionais de drepanocitose; formação de capacidades dos profissionais de saúde; implementação de actividades de apoio a grupos especiais; prevenção primária através do aconselhamento e testes na área da genética; identificação precoce e rastreio; prestação de cuidados de saúde abrangentes aos doentes com drepanocitose; fornecimento de medicamentos acessíveis; reforço das capacidades laboratoriais e de diagnóstico; promoção da vigilância da drepanocitose e promoção de uma investigação inovadora.

60. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam a importância e relevância da Estratégia Regional. Reconheceram a drepanocitose como um problema de saúde pública em alguns Estados-Membros. Observou-se que, embora a drepanocitose seja um problema de saúde de longa data, a sua magnitude não era bem conhecida. Sublinhou-se a necessidade de a OMS apoiar os Estados-Membros na realização de uma análise da situação.

61. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam a importância de reforçar a sensibilização para a prevenção e controlo da drepanocitose e o papel de aconselhamento genético prematrimonial e o rastreio nas clínicas pré-natais. Observou-se que algumas associações nacionais estão envolvidas na prestação de apoio às pessoas afectadas pela drepanocitose. Recomendou-se que as associações envolvidas na prevenção e controlo da drepanocitose fossem coordenadas e prestassem apoio técnico e financeiro, para as habilitar a desempenhar o seu papel com maior eficácia na prevenção e controlo da drepanocitose.

62. Os membros do Subcomité do Programa apresentaram igualmente recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento que o Secretariado concordou em incorporar na versão final do documento.

63. O Secretariado reconheceu as contribuições feitas pelo Subcomité do Programa. O Director Regional lembrou que já anteriormente tinha havido deliberações e resoluções do Conselho Executivo, Assembleia Mundial da Saúde, União Africana e Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre a drepanocitose. De facto, a Assembleia-Geral das Nações Unidas, de Março de 2009 reconheceu a drepanocitose como um problema de saúde pública. O Director Regional recomendou que as anteriores resoluções sejam discutidas no documento.

64. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado, e preparou um projecto de resolução (AFR/RC60/PSC/WP/.....) sobre o assunto, à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

EPIDEMIAS RECORRENTES NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, PREPARAÇÃO E RESPOSTA (documento AFR/RC60/PSC/9)

65. O documento refere que a Região Africana da OMS continua a ser afectada por epidemias recorrentes de cólera, paludismo, meningite, sarampo e zoonoses, incluindo as febres hemorrágicas virais (FHV), a peste e, mais recentemente, a febre do dengue, com um impacto significativo sobre a saúde e o desenvolvimento económico na Região. Em 2009, todos os 46 Estados-Membros da Região notificaram, pelo menos, uma epidemia. Para além disso, 33 países notificaram a gripe pandémica A (H1N1) 2009.

66. O documento refere que, entre os desafios com que os Estados-Membros se confrontam, estão a falta de avaliações abrangentes dos riscos; sistemas ineficazes de aviso precoce, alerta e resposta; pouca coordenação e colaboração entre os sectores que lidam com a saúde humana e a saúde animal; coordenação inadequada entre os países; ausência de planos consolidados de preparação e resposta às epidemias; incapacidade de manter, a nível nacional, equipas funcionais de resposta rápida às epidemias e reservas de suprimentos de contingência necessários para responder às epidemias; falta de recursos financeiros adequados; limitações na capacidade de resposta a nível local; acesso inadequado a água potável e saneamento; estações de chuvas e de seca prolongadas; e deslocamentos de populações associadas a desastres naturais ou causados pelo homem.

67. Entre as acções propostas, referem-se: proceder à avaliação dos riscos; criar e/ou reforçar os sistemas de alerta precoce; adoptar a abordagem “Uma só saúde, um só mundo” no controlo das zoonoses; investir na saúde do ambiente; ampliar a promoção da saúde; fazer investigação; manter equipas rápidas de resposta às epidemias a nível nacional, provincial e distrital; criar comissões multisectoriais nacionais de gestão das epidemias que funcionem devidamente; colocação estratégica prévia de equipamentos e suprimentos essenciais, incluindo vacinas e instrumentos de diagnóstico e de tratamento; e reforço dos sistemas de comunicação com os países vizinhos.

68. Os Membros do Subcomité do Programa louvaram o documento, tendo reconhecido a sua importância no contexto da Região Africana. Foi encarecido o apoio da OMS aos países na preparação e resposta às epidemias.

69. Ao partilhar as experiências dos países, os membros do Subcomité do Programa destacaram a importância das parcerias em todas as fases da gestão das epidemias. Foi sublinhada a necessidade de cooperação entre os países nas áreas da detenção precoce dos casos; da vigilância, incluindo a definição de casos; da capacidade laboratorial; da armazenagem de materiais e da partilha de suprimentos, como via para uma melhor resposta às epidemias.

70. Foram destacados como cruciais na resposta aos surtos os seguintes aspectos: planos nacionais abrangentes de preparação e resposta às epidemias, com boa definição dos papéis e responsabilidades de todos os intervenientes; testes aos planos por meio de simulações; formação das equipas de resposta; e garantia da existência de modelos bem definidos de procedimentos operacionais.

71. Os membros do Subcomité do Programa lembraram que a consciencialização das comunidades face às epidemias é limitada e apelaram a uma maior sensibilização, nomeadamente pela introdução de mensagens-chave nos currículos das escolas primárias e secundárias. Manifestaram-se também

preocupados com a incapacidade dos países para afectarem recursos financeiros adequados ao combate às epidemias.

72. O Subcomité do Programa fez recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento.

73. O Secretariado agradeceu os contributos do Subcomité do Programa e acordou em integrar no documento as emendas sugeridas. Os membros do Subcomité do Programa foram informados de que, de acordo com a Resolução AFR/RC59/R5 do Comité Regional, que apela à criação do Fundo Africano para Emergências de Saúde Pública, fora elaborado um documento-quadro para o Fundo, a ser analisado pelo Subcomité do Programa.

74. O Secretariado informou os membros do Subcomité do Programa de que os Procedimentos Operativos Normalizados para combater as principais doenças com potencial epidémico estavam já prontos a ser compilados e distribuídos aos países da Região. Além disso, para melhorar o apoio aos países na resposta atempada às epidemias, estavam já implementados, ou em vias disso, mecanismos como a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos, o Centro Estratégico de Operações da Saúde e a Equipa Regional Virtual de Resposta Rápida.

75. O Subcomité do Programa acordou em submeter o documento com emendas sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE E ULTRARRESISTENTE NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

(documento AFR/RC60/PSC/10)

76. O documento refere que a tuberculose (TB) é uma doença de elevada prioridade na Região Africana e que, em 2005, o Comité Regional declarou esta doença uma emergência na Região. Em 2007, a Região foi responsável por 22% dos casos de TB notificados a nível mundial. As taxas de notificação de casos aumentaram de 82:100 000 em 1990 para 158:100 000 em 2007. Cerca de 51% dos pacientes de TB testados em 2007 eram VIH-positivos, o que faz da infecção por VIH o mais importante factor de risco para a infecção por TB na Região.

77. O documento refere que a TB multirresistente (TB MR) está a tornar-se um problema na Região. A TB MR é definida como sendo uma tuberculose causada por organismos resistentes, pelo menos, à isoniazida e à rifampicina. A TB ultrarresistente (TB UR) é uma TB MR que apresenta também resistência a qualquer uma das fluoroquinolonas e a, pelo menos, um de três medicamentos injectáveis de segunda linha. Entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2009, foram notificados por 33 países 22 032 novos casos de TB MR. Calcula-se que, no mesmo período, houve oito países a notificar 1501 novos casos de TB UR.

78. Entre os desafios com que os países se confrontam referem-se: taxas insatisfatórias de sucesso no tratamento da TB; falta generalizada de medidas de controlo da infecção nas comunidades e nas unidades de saúde; políticas, orientações e manuais ultrapassados; escassez de serviços de laboratórios de qualidade garantida; fraca vigilância da TB resistente aos medicamentos; procedimentos deficientes de tratamento e controlo da infecção; deficiências na disponibilidade de medicamentos de segunda linha; a longa duração do tratamento; e outros problemas relacionados

com os sistemas de saúde, como o acesso limitado aos serviços gerais de TB e a inadequação dos recursos humanos para a saúde.

79. Entre as acções propostas, mencionam-se: prevenção da geração de estirpes da TB resistentes aos medicamentos; organizar e intensificar o tratamento programático da TB resistente aos medicamentos; criar e manter sistemas nacionais de vigilância da TB resistente aos medicamentos; reforçar os sistemas de aprovisionamento e suprimento de medicamentos anti-TB de segunda linha; criar e implementar medidas de controlo da infecção por TB; mobilizar recursos financeiros para apoiar a implementação das medidas recomendadas; alargar as redes regionais de diagnóstico da TB MR e da TB UR; e proceder a investigação operacional.

80. Os membros do Subcomité do Programa agradeceram ao Secretariado a pertinência e a qualidade do documento técnico sobre a TB multirresistente e ultrarresistente na Região Africana. Reconheceram que a lentidão dos progressos no controlo da TB e a emergência da TB MR e TB UR são consequências da falência dos sistemas de saúde. Assim, sugeriram que as medidas propostas fossem contextualizadas no reforço do sistema de saúde, incluindo o reforço de capacidades em todos os níveis. Os membros do Subcomité do Programa afirmaram-se preocupados face à eficácia da vacinação em crianças com BCG, que se estima ser inferior a 50%.

81. Referiram a necessidade de rever a abordagem dos sanatórios, como meio de evitar a infecção cruzada e a transmissão da TB. Além disso, solicitaram mais esclarecimentos sobre a Iniciativa DOTS nos países e orientações para a sua implementação a nível de comunidade. Os membros do Subcomité do Programa referiram que os países não estão devidamente sensibilizados e informados sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da TB MR e TB UR, incluindo o controlo da infecção. Neste contexto, foi ainda recomendado que a das unidades de saúde devia ser incluída no pacote das medidas para evitar a infecção cruzada.

82. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas quanto ao conteúdo e a forma do documento.

83. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do programa pela validade dos seus comentários, perguntas e sugestões. Deu explicações sobre a eficácia da BCG na prevenção do desenvolvimento das formas severas em crianças; sobre as vantagens e inconvenientes da abordagem dos sanatórios, em termos de relação custo-eficácia; a importância da sensibilização e da consciencialização; e os ensinamentos recolhidos do uso da DOTS.

84. O Subcomité do Programa acordou em submeter o documento com emendas sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

PREPARAÇÃO E RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/11)

85. O documento informa que a Região Africana da OMS continua a ser assolada por frequentes crises e catástrofes naturais, provocando traumatismos, mortes, deslocação das populações, destruição das unidades de saúde e perturbação dos serviços. A perda económica total resultante de mortes relacionadas com catástrofes na Região, em 2007, está estimada em em 117,2 milhões de dólares americanos. Em 2008, registaram-se mais de 12 milhões de refugiados e de pessoas

internamente deslocadas, em comparação com cerca de 6 milhões em 1997. Em 2009, no Corno de África, aproximadamente 23 milhões de pessoas necessitaram de ajuda humanitária alimentar e mais de 1,5 milhões em 26 países foram afectadas por cheias.

86. O documento assinala que os principais desafios que os países enfrentam são: incapacidade para conduzir avaliações de vulnerabilidade e mapeamento dos riscos; inexistência de planos nacionais de preparação para as situações de emergência que abranjam riscos diversos; ausência de actividades humanitárias e de emergência nos planos nacionais de desenvolvimento sanitário; falta de programas abrangentes de preparação e redução dos riscos de catástrofes; inadequada capacidade para aplicar normas nacionais; frágeis mecanismos de coordenação; fracos sistemas de alerta precoce; falta de massa crítica de pessoal devidamente formado; fraco envolvimento comunitário; inadequada afectação de recursos; e falta de um instrumento ou documento único na Região que incorpore novas abordagens e resoluções mundiais.

87. As acções propostas incluem: avaliação dos riscos, vulnerabilidades, riscos e capacidades na perspectiva do sector da saúde; actualização dos planos nacionais de desenvolvimento sanitário, com o fim de incorporar a recuperação pós-catástrofe nos sistemas de saúde; criação de uma unidade de gestão das emergências sanitárias, com funcionários a tempo inteiro no ministério da saúde; criação ou reforço de uma comissão multisectorial para as situações de emergência; reforço do alerta precoce para as componentes sanitárias das catástrofes naturais e das crises alimentares; criação e financiamento de programas de educação e formação; desenvolver a sensibilização, a comunicação dos riscos, a formação e outros programas que assegurem uma "comunidade preparada"; melhorar o financiamento para a prevenção das catástrofes, preparação para as situações de emergência e recuperação pós-emergência dos sistemas de saúde; e elaboração de uma nova estratégia regional para a EPR e de um quadro para orientar os Estados-Membros.

88. Os membros do Subcomité do Programa realçaram a relevância deste tópico. Dada a semelhança dos pontos 7.7 , 7.9 e 7.11 da ordem do dia da 60ª sessão do Comité Regional, respectivamente, sobre epidemias recorrentes, preparação e resposta às situações de emergência e fundo para as emergências de saúde pública, o grupo sugeriu que os três pontos fossem discutidos em sequência.

89. Os membros do Subcomité do Programa sugeriram que os conceitos e a terminologia utilizados no trabalho das emergências/catástrofes fosse mais bem esclarecido, em coordenação com as partes interessadas. Para além disso, a mobilização de recursos para responder às emergências não deverá estar dependente da declaração, por parte dos países, de uma situação de catástrofe. Foi sublinhado que o financiamento das emergências deveria ser a primeira responsabilidade dos governos, centrando-se não apenas na resposta, mas também na preparação, e que os governos deveriam ser as primeiras entidades responsáveis pela preparação das pessoas para resistirem às catástrofes, tanto a nível nacional como comunitário.

90. Foi recomendado o reforço das estruturas existentes nos ministérios da saúde, para fazer face à preparação e resposta às emergências naturais e provocadas pelo homem, bem como às epidemias. Dados os elevados custos dos exercícios de simulação, deverão ser exploradas outras opções menos dispendiosas como exercícios nos escritórios. Para além da definição de acções as empreender individualmente pelos Estados-Membros, é preciso definir igualmente acções interpaíses e regionais. A partilha de experiências entre os países sobre a preparação e resposta às situações de emergência

deve ser encorajada e o apoio técnico da OMS deve ser prestado de acordo com as necessidades dos países.

91. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e forma do documento, que o Secretariado concordou em integrar na sua versão final.

92. O Secretariado informou os participantes de que, na sequência de uma reunião consultiva com os intervenientes nas situações de emergência/catástrofe se está a trabalhar no sentido de apresentar um documento sobre as definições operacionais de situações de emergência e catástrofe. O Director Regional concordou com a sugestão de que a ordem sequencial dos pontos da ordem do dia da 60ª sessão do Comité Regional fosse mudada, para facilitar o debate sobre as epidemias, as situações de emergência e o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública. Informou também os participantes de que o Fundo contemplará todas as emergências de saúde pública, incluindo as catástrofes naturais e provocadas pelo homem.

93. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

CRISE FINANCEIRA MUNDIAL: IMPLICAÇÕES PARA O SECTOR DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/PSC/12)

94. O documento refere que, no contexto da actual crise económica mundial, o Fundo Monetário Internacional previu que a produtividade mundial diminuísse 1,4% em 2009 e que retomasse gradualmente em 2010, até atingir uma taxa de crescimento de 2,5%. Em África, a taxa de crescimento média do produto interno bruto (PIB) decresceu de cerca de 5% em 2008 para 2,8% em 2009. O PIB total dos países da Região Africana diminuiu cerca de 94,48 mil milhões de dólares americanos entre 2008 e 2009. A crise económica asiática de 1997/98 e a crise económica da América Latina de 2001/02 resultaram em cortes nas despesas da saúde, numa menor utilização dos serviços de saúde e na deterioração da nutrição das mães e crianças, assim como dos indicadores de saúde. As expectativas apontavam para uma redução, das despesas com a saúde por parte de governos, famílias e doadores na Região.

95. Entre os principais desafios que os países terão de enfrentar mencionam-se: a redução das despesas com a saúde per capita, por parte de governos, famílias e doadores; a redução das despesas com a manutenção e os medicamentos e de outras despesas correntes; o aumento na procura dos serviços de saúde públicos, face ao menor recurso aos serviços de saúde do sector privado; uma redução desproporcionada no consumo de serviços de saúde e de alimentos, por parte das populações empobrecidas; a ineficácia no uso dos recursos alocados às unidades de saúde; a falta de institucionalização das contas nacionais da saúde; e a falta de dados sobre o impacto das últimas crises económicas na Região Africana.

96. Entre as acções propostas referem-se: monitorizar os impactos sobre a saúde e as respostas das políticas; intensificar a advocacia a nível nacional e internacional; monitorizar as despesas internas e externas com a saúde; redefinir as prioridades das despesas públicas, partindo das intervenções de saúde pública com menor impacto para as de maior impacto; melhorar a gestão dos recursos financeiros; melhorar a gestão dos medicamentos e artigos médicos; melhorar a interacção entre o pessoal de saúde e os pacientes; institucionalizar a monitorização da eficiência económica no seio

dos sistemas nacionais de informação para a gestão sanitária; reforçar as redes de segurança social; aumentar a participação do sector privado; e investir para o reforço dos sistemas de saúde, usando financiamentos de fontes nacionais e internacionais, já existentes e novos.

97. Os membros do Subcomité do Programa agradeceram ao Secretariado a apresentação do documento e fizeram as seguintes sugestões: inclusão de acções sobre investigação operacional; referência à Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda; indicação do papel das comunidades económicas regionais (REC); inclusão de um ponto de acção sobre planeamento e orçamentação com base em evidências, a todos os níveis; desenvolvimento das capacidades dos planeadores; prioridade a uma melhor afectação e utilização dos recursos disponíveis; esclarecimento sobre os mecanismos de canalizar toda a ajuda através de um apoio ao orçamento geral.

98. Os membros do Subcomité do Programa registaram também a ausência de referências às taxas de utentes e à necessidade de: implementar mecanismos adequados de isenção para os grupos mais vulneráveis; reforçar a capacidade dos ministérios da saúde para dialogarem com os ministérios das finanças, tendo em vista a mobilização de recursos adicionais a nível doméstico; incluir outras redes de segurança social, para além dos mecanismos pré-pagos, ou seja, transferências directas de dinheiro; expressar os recursos externos para a saúde como percentagem das despesas totais dos governos com a saúde; encorajar os países a actualizarem com regularidade as contas nacionais da saúde; incluir debates sobre os efeitos da inflação e da desvalorização monetária, bem como o seu impacto sobre o sector; utilizar outros instrumentos para melhorar a eficácia, tais como as contas distritais de saúde e estudos sobre o fardo das doenças; e envolver as comissões de planeamento do desenvolvimento nacional e/ou entidades similares, para advogar a atribuição de uma prioridade elevada à saúde, na agenda do desenvolvimento

99. O Secretariado acolheu os comentários e sugestões feitos pelos membros do Subcomité do Programa, tendo concordado em integrá-los na versão final do documento. Por outro lado, o Secretariado informou os membros do Subcomité do Programa sobre as acções empreendidas desde o início da crise, incluindo a realização de reuniões de advocacia e as mensagens enviadas aos Estados-Membros, à União Africana e às REC, para advogar a necessidade de salvaguardar o orçamento do sector da saúde e monitorizar o efeito da crise financeira mundial sobre o sector. O Secretariado salientou ainda a necessidade de uma maior eficácia económica no seio dos ministérios da saúde e dos governos, e ainda, de insistir na implementação do compromisso dos Chefes de Estado em afectar, pelo menos, 15% do orçamento governamental à saúde. O Secretariado salientou a necessidade de se enviar o presente documento à reunião conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde.

100. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional.

DOCUMENTO QUADRO DO FUNDO AFRICANO PARA AS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA (documento AFR/RC60/PSC/13)

101. O documento lembra que, tendo reconhecido serem inadequados os recursos à disposição dos Estados-Membros para a luta contra as epidemias e outras situações de emergência na Região Africana, a 59.^a Sessão do Comité Regional Africano da OMS adoptou a Resolução AFR/RC59/R5, intitulada “Reforçar a preparação e resposta aos surtos epidémicos na Região Africana no contexto

da actual pandemia de gripe”. Esta resolução solicita ao Director Regional que facilite a criação de um “Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública”, destinado a apoiar a investigação e a resposta a epidemias e outras situações de emergência de saúde pública. O documento define o quadro para a criação do fundo.

102. O documento indica que a principal justificação para a criação do Fundo é a falta de recursos adequados para dar resposta às frequentes epidemias e intervenções de saúde pública na Região Africana. Foi proposto que o Fundo seja intitulado “Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública” (APHEF). O documento indicava ainda que o Fundo assumisse a forma de uma iniciativa intergovernamental regional, destinada à mobilização para a preparação e resposta a surtos de doenças e outras emergências de saúde pública, em linha com o Artigo 50.º (f) da Constituição da OMS. O fundo irá complementar os esforços existentes dos governos e dos parceiros e promover a solidariedade entre os Estados-Membros na abordagem às emergências de saúde pública.

103. O Fundo será financiado tanto através de dotações mínimas definidas como das contribuições voluntárias dos Estados-Membros, em linha com o Artigo 50.º (f) da Constituição da OMS. As contribuições mínimas anuais dos Estados-Membros foram determinadas como percentagem do PIB de cada país em relação ao PIB total dos países da Região Africana. No total, as contribuições propostas para o fundo atingirão os 100 milhões de dólares americanos. As contribuições mínimas de cada Estado-Membro estão indicadas no documento. A OMS será responsável pelo desembolso das verbas e os relatórios sobre a utilização das mesmas por meio dos seus mecanismos financeiros. O Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) será nomeado como agente fiscal do fundo, havendo um fundo renovável com um limite de 20 milhões de dólares americanos, que será criado no Escritório Regional da OMS. O Fundo Renovável será repostado pelo BAD, de acordo com critérios e procedimentos acordados.

104. O quadro propõe, como estruturas nucleares do Fundo, uma Comissão Consultiva Rotativa, um Grupo de Revisão Técnica e um Secretariado. A Comissão Consultiva Rotativa, composta pelo Director Regional, três ministros da saúde e um representante do Banco Africano de Desenvolvimento providenciará o aconselhamento necessário e decidirá quanto à orientação estratégica do Fundo. O Grupo de Revisão Técnica, formado por peritos da OMS, analisará as propostas e solicitações à luz de critérios técnicos e submeterá recomendações de financiamento ao Director Regional da OMS. O Secretariado do APHEF, com sede no Escritório Regional, assumirá a gestão do Fundo.

105. Como garantia de responsabilização, o Fundo utilizará os sistemas administrativos internos existentes na OMS (mecanismos, procedimentos e regulamentos) assim como os sistemas de gestão financeira, para receber e distribuir os fundos, responsabilizar-se por eles, proceder a auditorias e apresentar relatórios sobre a sua utilização. Um relatório técnico financeiro certificado das operações do Fundo, de âmbito anual, será apresentado em todas as sessões do Comité Regional.

106. Na sua intervenção, o Director Regional lembrou que o Comité Regional lhe tinha solicitado, entre outros aspectos, que: elaborasse um justificativo e os termos de referência do Fundo, incluindo o uso dos sistemas de gestão financeira da OMS; propusesse aos Estados-Membros um contributo mínimo para o Fundo e criasse uma Comissão Consultiva Rotativa para aconselhar o Director Regional sobre a utilização dos fundos. Lembrou ao Subcomité do Programa que o Artigo 50.º da Constituição da OMS permitia que o Comité Regional recomendasse dotações regionais

adicionais por parte dos governos, em situações em que o orçamento do programa fosse insuficiente para realizar o trabalho do Secretariado. Recomendou que o Subcomité do Programa se inspirasse nestas considerações e que propusesse as contribuições mínimas dos governos nacionais para o Fundo.

107. Os membros do Subcomité do Programa frisaram a importância da criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública e a necessidade de criar mecanismos para o seu rápido desembolso. Decorreram debates sobre a justificação, a finalidade, o âmbito e o financiamento do Fundo. Os membros do Subcomité do Programa realçaram a importância da orientação contida na resolução que solicita ao Director Regional que facilitasse a criação do Fundo, tendo considerado que a resolução era suficientemente clara para merecer consenso acerca do Fundo. Foram feitos pedidos esclarecimentos sobre quem se poderá candidatar ao Fundo, quais os critérios de avaliação das contribuições, incluindo o recurso ao PIB, ao PIB per capita, ou a classificação de países por rendimento alto, médio ou baixo. Foram igualmente solicitados esclarecimentos acerca do Anexo 1: lista das doenças epidémicas e de potencial pandémico de dimensão internacional e outras grandes catástrofes de saúde pública.

108. Foi recomendado que a fonte inicial de financiamento viesse dos governos nacionais e que o tecto do financiamento se baseasse em experiências passadas dos níveis de despesa, na ocorrência de epidemias e catástrofes. Foi salientado que o envolvimento do Banco Africano de Desenvolvimento virá aumentar a capacidade de gestão e a credibilidade do fundo. Foi sugerido que apenas uma opção fosse recomendada aos ministros da saúde.

109. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento, incluindo a composição e os termos de referência da Comissão Consultiva Rotativa. Solicitaram ao Secretariado que eliminasse o Anexo 1 e revisse o documento, tendo em conta as questões acima levantadas. Recomendaram ainda a inclusão da palavra “solidariedade” no documento, para realçar o apoio que os Estados-Membros deverão dar uns aos outros e também o acréscimo de uma afirmação clara sobre a necessidade do Secretariado apresentar anualmente um relatório ao Comité Regional.

110. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas sobre este assunto à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional, tendo recomendado alguma flexibilidade relativamente aos reforços anuais e às contribuições individuais de alguns Estados-Membros, cujas capacidades para contribuírem eficazmente para o Fundo possam ser limitadas.

SITUAÇÃO ACTUAL DA VACINAÇÃO DE ROTINA E DA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES

(documento AFR/RC60/PSC/14)

111. O documento refere que a vacinação é uma intervenção eficaz de saúde pública, que evita a morte de 2 a 3 milhões de crianças por ano, e que tem um grande potencial para contribuir para a consecução do ODM nº. 4. A implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED), a par de outras estratégias inovadoras como as actividades da Intensificação Periódica da Vacinação de Rotina, os Dias da Saúde das Crianças e os Dias de Vacinação Reforçada, contribuíram para melhorar a cobertura. No entanto, as taxas de cobertura revelam disparidades entre os países, calculando-se que 4,2 milhões de crianças da Região Africana não receberam a vacina DPT3 em

2009, por comparação com 5,2 milhões em 2008. Além disso, o progresso na notável redução das mortes devido ao sarampo está a ser posto em causa pela sub-otimização da cobertura vacinal de rotina a nível de distrito, em diversos países, o que provocou surtos de sarampo em 2010.

112. Foi recordado que, até 2004, a transmissão indígena do poliovírus selvagem foi interrompida em 45 dos 46 países da Região, sendo a Nigéria o único país com endemia. Entretanto, oito Estados-Membros sofreram surtos de poliomielite em 2006, enquanto que, em 2009, 18 países sofreram importações na sequência de uma disseminação de poliovírus selvagem a partir dos reservatórios remanescentes em Estados-Membros anteriormente livres da poliomielite, devido à inadequada cobertura vacinal de rotina e à sub-otimização das Actividades Suplementares de Vacinação (SIA), que resultaram numa reduzida imunização das populações. Entre o início de Janeiro e fins de Abril de 2010, nove países da África Ocidental e Central notificaram 40 casos de poliomielite, por comparação com 306 casos em 12 países, no mesmo período de 2009.

113. Entre os principais desafios que os países terão de enfrentar mencionam-se: desajustamentos na política e no planeamento da vacinação; planeamento e estratégias deficientes a nível distrital e má aplicação da legislação pertinente; financiamento insuficiente; infraestruturas inadequadas; participação e responsabilização inadequadas das comunidades; cobertura insuficientemente elevada dos serviços de vacinação; sistemas ineficazes de monitorização e avaliação, dando origem a uma cobertura administrativa inexacta da vacinação e a incorrecções na previsão das carências em vacinas e produtos afins; vigilância inadequada das doenças evitáveis pela vacinação; e uma reduzida investigação para a vacinação na Região.

114. As recomendações constantes no documento incluem: integrar a vacinação nas políticas e planos estratégicos nacionais da saúde; reforçar os sistemas de saúde; aumentar o financiamento da vacinação; celebrar parcerias para a vacinação; melhorar o acesso às novas vacinas; melhorar as capacidades institucionais, humanas e de gestão; aumentar a consciencialização, participação e responsabilização das comunidades; reforçar a monitorização e a avaliação; reforçar a vigilância das doenças evitáveis pela vacinação; reforçar a investigação para a vacinação; e institucionalizar anualmente uma Semana Africana da Vacinação.

115. O Subcomité do Programa louvou o Secretariado pela pertinência do tema e pela qualidade do documento. Os membros do Subcomité do Programa aprovaram as recomendações feitas e exprimiram o seu apreço pelo apoio que os países têm recebido da OMS para melhorar a situação da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região.

116. Os membros do Subcomité do Programa partilharam as experiências de cada um dos seus países relativamente à vacinação de rotina e à erradicação da poliomielite. Observou-se que, apesar dos progressos feitos no aumento da cobertura da vacinação de rotina, em 2009, é ainda limitada a capacidade dos países para mobilizarem fundos que se destinem às actividades de vacinação. Deve dar-se especial relevo à necessidade de recursos adicionais que permitam um “último empurrão” no reforço da cobertura vacinal, de 85% para 90% ou mais, provavelmente com custos marginais mais elevados. É preciso exercer uma advocacia intensa, para que os Estados-Membros façam um esforço financeiro suplementar e outros investimentos necessários.

117. O Subcomité do Programa considerou que os países deverão implementar cautelosamente os regulamentos que exijam a apresentação de boletins de vacinas nas escolas, a fim de evitar os efeitos negativos da não inscrição dos alunos nas escolas primárias. No entanto, continua a ser importante garantir que a estratégia RED será efectivamente implementada, com vista a aumentar a cobertura vacinal.

118. A questão do rigor dos denominadores foi igualmente discutido e os membros do Subcomité concordaram que os países devem reforçar os seus sistemas de registos vitais, a fim de registarem todos os nascimentos. Melhorando os sistemas de registos vitais, poderão obter-se denominadores mais fiáveis, através do uso mais eficiente da abordagem da contagem de crianças vacinadas durante as campanhas. Relativamente à investigação, sugeriu-se que os ensaios sobre vacinas deverão ser sujeitos a um profundo escrutínio, para garantir o cumprimento de todas as questões de natureza ética.

119. Os membros do Subcomité do Programa apresentaram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento, que o Secretariado concordou em integrar na versão final do documento.

120. O Secretariado agradeceu ao Subcomité do Programa a adopção do documento e as construtivas sugestões que foram apresentadas para o melhorar. O Director Regional observou que a vacinação é uma intervenção de saúde pública com uma muito boa relação custo-eficácia que pode fazer a diferença no estado de saúde das crianças. Apresentou a ideia de explorar, com os Estados-Membros e os parceiros, a possibilidade da produção local de vacinas na Região Africana, uma vez que as vacinas serão sempre necessárias. É preciso fazer mais esforços para garantir que os países atribuam os recursos necessários para as vacinas e a vacinação.

121. O Subcomité do Programa concordou em submeter o documento emendado sobre o assunto à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional.

SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL: PROPOSTA DE ORDEM DO DIA PROVISÓRIA (documento AFR/RC60/1)

122. Os membros do Subcomité do Programa concordaram em submeter à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional, a realizar em Malabo, na Guiné Equatorial, de 30 de Agosto a 3 de Setembro de 2010, a respectiva ordem do dia provisória emendada (cópia no Anexo).

ANEXO 1

LISTA DOS PARTICIPANTES

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO**

Dr Mapatano Mala Ali
Directeur adjoint du Cabinet
du Ministre de la Santé

GUINÉE ÉQUATORIALE

Mme Pilar Djombe Djangani
Conseillère Présidentielle en
Matière d'Assistance Sanitaire

ÉRYTHRÉE

Mr Berhane Ghebretinsae
Director General of the Department
of Health Services

ÉTHIOPIE

Mr Woldemariam Hirpa Irkon
Director, Policy and Planning

GABON

Dr Médard Toung Mve
Directeur du Programme national de lutte
contre la Tuberculose

GAMBIE

Mr Alhaji Omar Taal
Deputy Permanent Secretary

GHANA

Dr Frank Kwadjo Nyonator
Director, Policy Planning,
Monitoring and Evaluation Division

GUINÉE

Pr Mamadou Diouldé Baldé
Conseiller chargé de mission

GUINÉ-BISSAU

Dr Amabélia de Jesus Pereira Rodrigues
Président de l'Institut national de Santé
publique

LESOTHO

Dr Lugemba Budiaki
Director, Primary Health Care

LIBERIA

Dr Moses Giodo-Yambe Pewu
Assistant Minister for curative Services

MADAGASCAR

Dr Tafangy Philemon Bernard
Directeur général de la Santé

MALAWI

Dr Storn Binton Kabulzi
Director of Preventive Health Services

MAURICE

Dr Anil Deelchand
Acting Director Health Services (PHC)

MOÇAMBIQUE

Dr Mouzinho Saide
National Director for Public Health

NAMIBIE

Dr Norbert Paul Forster
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Services

MEMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

SEYCHELLES

Dr Andre Bernard Valentin
Special Advisor of Health to the Minister

ANEXO 2**ORDEM DO DIA PROVISÓRIA**

1. Sessão de abertura
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
3. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC60/PSC/1)
4. Estratégia para abordar os principais determinantes sociais da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/3)
5. Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/PSC/4)
6. Soluções de ciber saúde na Região Africana: Contexto actual e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/5)
7. Cancro do colo do útero na Região Africana: Análise da situação e rumo a seguir (documento AFR/RC60/PSC/6)
8. Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital e apropriação e participação por parte das comunidades (documento AFR/RC60/PSC/7)
9. Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/PSC/8)
10. Epidemias recorrentes na Região Africana: Análise da situação, preparação e resposta (documento AFR/RC60/PSC/9)
11. Tuberculose multirresistente e ultrarresistente na Região Africana: Análise da situação, desafios e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/10)
12. Preparação e resposta a situações de emergência na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/11)
13. Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/12)
14. Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)
15. Estado actual da vacinação de rotina e erradicação da poliomielite na Região Africana: Problemas, desafios e acções propostas (documento AFR/RC60/PSC/14)
16. Debate dos projectos de resolução
17. Sexagésima sessão do Comité Regional: Ordem do dia provisória
18. Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC60/PSC/15)
19. Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
20. Encerramento da reunião

ANEXO 3

PROGRAMA DE TRABALHO PROVISÓRIO

1º DIA: TERÇA-FEIRA, 8 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 09h00		<i>Registo dos participantes</i>
09h00 – 09h45	Ponto 1	Abertura da reunião
09h45 – 10h00	Ponto 2	Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e dos Relatores
10h00 – 10h40		<i>(Foto em grupo + Chá)</i>
10h40 – 11h00	Ponto 3	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC60/PSC/1)
11h00 – 12h30	Ponto 4	Estratégia para abordar os principais determinantes sociais da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/3)
12h30 – 14h00		<i>Almoço</i>
14h00 – 15h30	Ponto 5	Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/PSC/4)
15h30 – 16h00		<i>Intervalo: Chá</i>
16h00 – 17h30	Ponto 6	Soluções de ciber saúde na Região Africana: Contexto actual e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/5)
17h30 -		Fim da sessão
18h00		<i>Recepção oferecida pelo Director Regional</i>

2º DIA: QUARTA-FEIRA, 9 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 10h00	Ponto 8	Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital e apropriação e participação por parte das comunidades (documento AFR/RC60/PSC/7)
10h00 – 10h30	<i>Intervalo: Chá</i>	
10h30 – 12h00	Ponto 9	Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/PSC/8)
12h00 – 13h30	<i>Almoço</i>	
13h30 – 15h00	Ponto 10	Epidemias recorrentes na Região Africana: Análise da situação, preparação e resposta (documento AFR/RC60/PSC/9)
15h00 – 15h30	<i>Intervalo: Chá</i>	
15h30 – 17h00	Ponto 11	Tuberculose multirresistente e ultrarresistente na Região Africana: Análise da situação, desafios e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/10)
17h00 – 18h30	Ponto 12	Preparação e resposta a situações de urgência na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/11)
18h30 -	Fim da sessão	

3º DIA: QUINTA-FEIRA, 10 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 10h30	Ponto 13	Documento-Quadro do Fundo Africano de Emergência de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá</i>	
11h00 – 11h45		Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/12)

11h45 – 12h30		Estado actual da vacinação de rotina e erradicação da poliomielite na Região Africana: Problemas, desafios e acções propostas (documento AFR/RC60/PSC/14)
12h30 – 16h00	<i>Almoço</i>	
16h00	Ponto 14 (Cont.)	Documento-Quadro do Fundo Africano de Emergência de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)
	Ponto 7 (Cont.)	Cancro do colo do útero na Região Africana: Análise da situação e rumo a seguir (documento AFR/RC60/PSC/6)
	Ponto 16	Debate dos projectos de resoluções
	Ponto 17	Sexagésima sessão do Comité Regional: Ordem do dia provisória
	Fim da sessão	

4º DIA: SEXTA-FEIRA, 11 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 12h00	Ponto 16 (Cont.)	Debate dos projectos de resoluções
	Ponto 14 (Cont.)	Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)
	Ponto 18	Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa incluindo os Projectos de Resolução (documento AFR/RC60/PSC/15)
	Ponto 19	Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
	Ponto 20	Encerramento da reunião